

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N^o 255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Etienne FAUVEL

Ancien interne de l'Hôpital de Caen
Né le 17 octobre 1899, à Coutances (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EXOSTOSES DE L'ISCHION

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

255

1927

CCP

CCP

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Etienne FAUVEL

Ancien interne de l'Hôpital de Caen
Né le 17 octobre 1899, à Coutances (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EXOSTOSES DE L'ISCHION

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	N. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire.	ROUVIÈRE. BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM.

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale.
 METZGER Obstétrique.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VELTER Ophtalmologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

/POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT Obstétrique.

MM.

RETTERER . . . Histologie.
 TANON Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
LÉPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	
LEDOUX-LEBARD	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

Chevalier de la Légion d'honneur
Chirurgien de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LOUIS

A MON PÈRE LE DOCTEUR FAUVEL,
DE COUTANCES

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
EXOSTOSES DE L'ISCHION

INTRODUCTION

Au mois de décembre dernier, alors que nous suivions ses leçons à l'Hôpital Laënnec, M. le Professeur agrégé Auvray eut l'occasion de pratiquer, chez un malade de son service, l'exérèse d'une exostose localisée sur l'ischion, à la face externe de la branche ascendante, et déterminant chez ce malade une sciatique rebelle.

Il est de notion courante que les lésions osseuses du bassin déterminent des troubles du nerf sciatique, soit névralgie, soit même paralysie. Le premier symptôme de la sacro-coxalgie est, le plus souvent, une sciatique. Il en est de même le certains sarcomes pelviens. Les exostoses localisées au bassin, le long du trajet de ce nerf, sont également citées dans les traités classiques comme pouvant produire des troubles de même ordre. Mais des observations cliniques d'exostoses du bassin et notamment de l'ischion n'ont été rapportées qu'en

très petit nombre. Aussi M. le Professeur agrégé Auvray nous conseilla-t-il de rechercher dans la littérature médicale les cas analogues, de les grouper autour de l'observation de son malade qu'il nous autorisa à publier, ainsi que le cliché radiographique de l'exostose, et de faire de leur étude le sujet de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir, au début de ce modeste travail, le témoignage de notre profonde gratitude.

Le malade dont nous présenterons l'observation nous a paru intéressant à étudier pour deux raisons. En premier lieu, il était atteint d'une sciatique due à une exostose de l'ischion. Cette étiologie de sciatique est loin d'être fréquente en clinique. En second lieu, cette exostose de l'ischion est une exostose solitaire avec bourse séreuse, apparue à la suite d'un traumatisme de la région. Les exostoses solitaires sont beaucoup moins fréquentes que les exostoses multiples et il est déjà intéressant de ce seul point de vue d'en rapporter l'observation. Nous avons pris cette observation comme base de notre étude et nous avons recherché des cas analogues dans la littérature médicale. En réalité nous n'en avons pas trouvé, malgré des recherches étendues et minutieuses. Nous n'avons rencontré que des cas s'en rapprochant d'une façon plus ou moins éloignée et encore sont-ils très rares.

Avant d'aborder l'étude des exostoses de l'ischion, il nous a paru utile de présenter quelques courtes notions sur la pathogénie, l'anatomie patho-

logique et l'étiologie des exostoses en général, qu'elles soient ostéogéniques ou non-ostéogéniques.

Nous publierons, en effet, à côté de l'observation principale qui rentre dans le cadre des exostoses traumatiques, des observations d'exostoses ostéogéniques. Aussi, devons-nous fixer les caractères de chacune d'elles.

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES EXOSTOSES

Le nom d'exostose était déjà employé par Gallien pour désigner les tumeurs osseuses en général. Verluc, le premier, fait une classification des exostoses qui sont les unes syphilitiques, les autres goutteuses. Leclers y ajoute les exostoses scorbutiques et scrofuleuses. Weber, Virchow, Wolkmann, Roux, Chassaignac attachent leur nom à l'étude des exostoses, mais c'est surtout avec Broca et son élève Soulier (1865), puis Labarthe dans sa thèse (1871) et Gosselin dans ses leçons cliniques, que l'on voit la question s'éclairer grâce à la mise en lumière du rôle joué par le cartilage de conjugaison dans le développement des exostoses idiopathiques. Rindfleisch étudie les bourses séreuses développées au voisinage des exostoses. Les travaux ultérieurs insistent sur la distinction entre l'exostose ostéogénique et l'exostose non ostéogénique qui reste obscure aussi bien pour les variétés solitaires que pour les variétés multiples, et sur la question d'infection soulevée par Dor et Lannelongue. Ces nombreux travaux ont donc permis de fixer les caractères principaux des exostoses ostéogéniques.

Ces dernières apparaissent pendant la croissance, quelquefois dans le plus jeune âge. Elles siègent à la face diaphysaire des cartilages de conjugaison. « Elles y apparaissent, dit Broca, avant la soudure de l'épiphyse, et si on les trouve à un moment sur la diaphyse cela est dû à une migration secondaire, par apposition de couches d'ossification successives entre le cartilage conjugal et la diaphyse. » Elles sont formées d'un noyau osseux, spongieux, compact ou même éburné, plus ou moins entouré de cartilage, en tout point semblable à de l'os normal. Leur évolution est entièrement parallèle à celle du squelette et s'arrête à la fin de son développement. Elles sont rarement solitaires ou en petit nombre, mais multiples, entourant les épiphyses fertiles des os longs qui, de ce fait, sont plus ou moins déformés et semblent atteints dans leur développement.

MM. Lardennois et Nathan, dans une communication à l'Académie de Médecine le 5 juillet 1921, précisent davantage ce qu'il faut entendre par exostose ostéogénique :

« Il faut distinguer, disent-ils, l'exostose unique, accident local de l'ossification de cette affection particulière et très caractéristique, souvent familiale qui constituent les exostoses ostéogéniques multiples développées sur presque tous les os d'un squelette. »

MM. Lardennois et Nathan, à la suite de nombreuses recherches, arrivent à cette conclusion que les exostoses ostéogéniques sont le résultat d'un

vice de développement de l'os périostal périphérique. Là où l'os périostal manque ou résiste mal, la poussée excentrique de l'ébauche enchondrale n'est plus contenue et une « bavure » peut se produire. Le cartilage central fait hernie hors de l'alignement de l'os par le défaut de l'enveloppe. Normalement le manchon d'os périostal vient se terminer en s'amincissant à la hauteur de la zone qui constituera le cartilage diaphyso-épiphysaire ; aussi est ce sur ce point que les exostoses ostéogéniques se développent généralement. Mais elles peuvent se développer en un autre point si l'os périostal y a fait défaut. MM. Lardennois et Nathan expliquent, par l'insuffisance de la gaine périostale et l'éboulement local du cartilage central, l'importance des déviations et des troubles de croissance que présentent certains des os intéressés. Les examens histologiques d'exostoses ostéogéniques pratiqués par ces auteurs ont montré les trois faits suivants :

1° Au point où naît l'exostose la couche compacte de Havers s'arrête ;

2° A la périphérie de l'exostose cette couche n'existe pas, le pourtour étant constitué par du cartilage en voie d'ossification ;

3° L'ossification se développe irrégulièrement du centre vers la périphérie de l'exostose. Les coupes en série montrent qu'il s'agit d'os enchondral échappé du cylindre osseux d'origine périostique.

Les caractères histologiques des exostoses ostéogéniques semblent donc bien définis. L'étiologie,

par contre, reste encore obscure. Nous nous bornons à citer les différentes causes mises en avant jusqu'à ce jour.

Le rachitisme a été fréquemment invoqué (Vix, Wolkmann, Lannelongue, Royer). D'autres auteurs ont pensé à une altération de la moelle épinière (Tordens, Oberndorff). La théorie infectieuse mise en avant par un grand nombre d'auteurs a fait penser à la syphilis (Beck), à la tuberculose (Heymann). On a également mis en avant d'autres origines infectieuses (Auvray et Guillaïn). MM. Lardennois et Nathan pensent qu'il y a lieu d'incriminer des troubles endocriniens.

Il y a une grande différence entre cette affection particulière liée à un trouble général qu'est l'exostose ostéogénique qui doit être plutôt rapprochée des anomalies de développement que des tumeurs véritables et cet ostéome localisé lié à un traumatisme ou à une infection qu'est l'exostose non ostéogénique dont nous allons nous efforcer, maintenant, de montrer les caractères.

L'exostose non ostéogénique est un accident local de l'os. Elle peut se développer à la suite d'un traumatisme. Une violence extérieure quelconque irrite le périoste et l'os qui prolifèrent, les éléments jeunes s'organisent en tissu nouveau et l'exostose est constituée. De l'exostose traumatique nous rapprocherons l'exostose que provoque une inflammation de voisinage. Les auteurs en ont signalé à la

surface des os de la jambe consécutives à un ulcère rebelle des parties molles.

Les exostoses non ostéogéniques peuvent encore évoluer sous l'influence d'une maladie générale : la tuberculose, la syphilis, l'ostéomyélite. Les lésions osseuses de la tuberculose prennent cependant rarement la forme d'exostoses, les lésions sont diffuses, elles retentissent sur tout un segment de l'os et il y a plutôt hyperostose. Les exostoses syphilitiques sont parmi les plus fréquentes. Elles se développent de préférence sur les os du crâne, sur la face interne du tibia, des cubitus, sur la clavicule et le sternum, en des points où le tissu osseux n'est protégé contre les chocs extérieurs que par une mince couche de parties molles. Elles s'accompagnent de souffrances très vives surtout pendant la nuit : douleurs ostéocopes. Sous l'influence d'un traitement spécifique, lorsque son organisation est encore élémentaire, l'exostose syphilitique peut s'affaïssir et même disparaître.

Telles sont les diverses causes qui peuvent produire les exostoses non ostéogéniques.

Ces exostoses sont le plus souvent solitaires. Elles ne sont pas familiales ; elles siègent indifféremment à la diaphyse ou à l'épiphyse. Elles peuvent se produire à tout âge. Enfin, caractère qui leur est commun avec les exostoses ostéogéniques, elles peuvent présenter à leur extrémité une bourse séreuse.

Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer une bourse séreuse, coiffant une exostose. Elle est semblable

aux autres bourses séreuses congénitales ou acquises. Souvent elle s'insère au pourtour du pédicule de l'exostose sur lequel elle se réfléchit. Rindfleisch appelle cette tumeur : « Exostosis bursata ». Wolkmann, Hawkins, Orlow, Duguet, Gillette, Roux, Broca, Lannelongue en ont cité des exemples très remarquables.

Ces bourses séreuses contiennent un liquide généralement clair et filant qui est semblable à la synovie. On trouve quelquefois la cavité séreuse remplie de corps étrangers cartilagineux, libres et mobiles. Leur nombre comme leur forme est, du reste, variable et Rindfleisch parle d'un cas dans lequel la bourse séreuse ne contenait pas moins de trente-huit corps étrangers.

Les auteurs admettent que ces bourses séreuses, surtout rencontrées sur les exostoses exposées aux frottements, sont le résultat de la transformation du tissu conjonctif lâche qui entoure la tumeur. La bourse séreuse serait donc le résultat des frottements eux-mêmes.

LES EXOSTOSES DE L'ISCHION

L'exostose du malade de M. Auvray est rare par son siège comme le montrera la suite de notre étude. Par contre, elle n'est pas une exception, parmi les exostoses du bassin, par l'intensité des troubles fonctionnels qu'elle a déterminés. Les tumeurs osseuses du bassin, endopélviennes ou extrapélviennes, s'accompagnent, le plus souvent, en effet, de troubles fonctionnels importants, troubles nécessitant, dans bon nombre de cas, une intervention chirurgicale. Les exostoses endopélviennes lèsent les viscères du bassin. Elles ont été plus particulièrement étudiées au point de vue de l'obstacle qu'elles peuvent apporter à la grossesse et surtout à l'accouchement.

Nous ne pouvons séparer l'étude des exostoses de l'ischion de celle des exostoses des parties voisines de l'os coxal. Elles ont, en effet, les mêmes caractères au point de vue étiologique et pathogénique et les symptômes des exostoses du bassin sont plutôt fonction du volume et de la direction de l'exostose que de son point précis d'implantation. Nous montrerons les caractères des exostoses des parois latérales de la partie inférieure du bassin, ces caractères

étant ceux des exostoses de l'ischion. Nous dirons quelques mots des exostoses endopelviennes et nous traiterons ensuite les exostoses extrapelviennes. L'exostose du malade qui fait l'objet principal de cette étude est, en effet, une exostose extrapelvienne, aussi nous attacherons-nous plus particulièrement à ces dernières.

I. — Exostoses endopelviennes.

Les exostoses endopelviennes ont leur siège de prédilection aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur du bassin ; on les trouve, en effet, presque constamment sur la face antérieure du sacrum ou sur la face postérieure du pubis. Sur les parties latérales de la face interne des os du bassin, les exostoses ont été rarement observées, Péan en signale sur la face interne des ischions mais ne donne pas de précisions sur les cas signalés et il n'en a pas publié les observations. Il a, par contre, cité l'observation d'une exostose de la fosse iliaque interne. Depaul en a rencontré une sur le milieu de la ligne innominée. Les accoucheurs ont publié un certain nombre d'observations du même genre.

On comprend aisément que, par leur siège et leur volume, les exostoses de l'excavation pelvienne apportent des modifications dans la forme, le volume et la direction des organes voisins.

Les exostoses naissant des branches ischio-

pubiennes peuvent entraîner des modifications du côté de l'urèthre, de la vessie, du vagin, du rectum qui sont aplatis et déviés. Les exostoses de la face interne de l'ischion ou des branches ischio-pubiennes sont moins redoutables au point de vue compression que celles du sacrum ou du pubis qui peuvent comprimer plus directement les unes le rectum, les autres la vessie. Il semble, par contre, que ce soit l'urèthre qui soit le plus fréquemment atteint par les exostoses des parois latérales de la partie inférieure de l'excavation. Dans un cas rapporté par Damourette relatif à une exostose siégeant au pubis sur la branche ischio-pubienne droite et faisant saillie au périnée, on trouva l'urèthre porté à gauche, replié en haut derrière la symphyse et tellement dilaté au niveau du col de la vessie qu'on aurait pu y introduire le pouce.

Ces exostoses sont également cause de dystocie dans les cas d'accouchement. Nous publierons à la fin de cette étude quelques observations d'exostoses de la face interne de l'ischion qui ont causé des dystocies graves nécessitant des interventions obstétricales.

Les compressions nerveuses provoquent surtout des troubles sensitifs. La compression des veines amène de l'œdème dans le territoire veineux correspondant.

Les exostoses endopelviennes s'accompagnent donc, en général, de troubles marqués. Quelquefois, cependant, la tumeur est le seul symptôme.

Le toucher vaginal permet de déceler l'existence

d'une exostose et d'en reconnaître les caractères.

On peut rencontrer par le toucher vaginal une surface d'une dureté osseuse, immobile, à surface plus souvent légèrement lobulée que régulière et d'un volume variant depuis celui d'une dent jusqu'à celui d'une orange, quelquefois même plus volumineuse. Le toucher rectal est un moyen d'exploration aussi précieux que le toucher vaginal. Grâce à lui on reconnaît facilement l'existence des exostoses des ischions.

Quand une tumeur osseuse a acquis un certain volume, on peut la confondre avec une tumeur du contenu pelvien.

Lorsque le diagnostic de tumeur osseux est porté, il faut rechercher quelle en est la nature.

Ce diagnostic peut être évident. La malignité de certaines tumeurs à marche rapide ne fait pas de doute. En présence d'une évolution rapide on peut éliminer l'exostose, tumeur essentiellement bénigne.

Les exostoses ostéogéniques multiples peuvent se diagnostiquer d'emblée. Leur multiplicité, leur symétrie fréquente, le jeune âge du sujet, la coexistence d'exostoses en d'autres points du squelette ou de malformations de la croissance, l'uniformité de consistance de toutes ces exostoses sont caractéristiques.

Au contraire, dans les cas d'exostoses isolées, le diagnostic peut être difficile. Ces exostoses isolées apparaissent plus tardivement. On peut les confondre avec les chondromes. Au début, le diagnostic n'est pas possible : même siège, même consistance.

L'évolution seule tranche le diagnostic ; l'exostose ne subit pas de modifications, le chondrome ne conserve une consistance très dure qu'au début de son évolution ; lorsque son volume augmente, sa consistance n'est plus homogène ; sa surface, inégale, mamelonnée, se recouvre bientôt de bosselures volumineuses ; enfin il se ramollit et, en plusieurs points, devient kystique.

Les fibromes périostiques pelviens inférieurs (implantés sur la face interne de l'ischion, la branche ischio-pubienne) sont d'un diagnostic difficile. Ils sont d'ailleurs très rares. Tillaux en a cité un cas (Clinique de la Charité, année 1896). On peut quelquefois sentir la tumeur remuer entre les doigts. Ils évoluent lentement.

Le kyste hydatique est une tumeur fluctuante.

Le sarcome est la tumeur qui doit toujours être présente à l'esprit du clinicien en face d'une tumeur osseuse. En cas de sarcome, la douleur est souvent le symptôme initial, douleur localisée, ou irradiée au membre inférieur et pouvant en imposer pour une sciatique. Cette douleur subite atroce amène parfois la chute du malade ou l'empêche de marcher. Quelques mois après apparaît une tumeur au point primitivement douloureux. Le sarcome soudé entièrement à l'os ne se pédiculise jamais ; il est bosselé, tantôt dur, tantôt élastique, quelquefois même fluctuant ; les sarcomes centraux offrent à la pression le symptôme de la crépitation parcheminée. Cette tumeur s'accroît rapidement. Elle donne au maxi-

mun les symptômes de compression viscérale, vasculaire et nerveuse endopelvienne. Les ganglions ne sont pas infectés ; cependant, Gussenbauer a signalé un cas de sarcome mélanique de l'os iliaque avec adénopathie néoplasique inguinale, iliaque et lombaire. La généralisation est fréquente elle se fait le plus souvent dans le poumon.

II. — Exostoses extra-pelviennes.

Les exostoses extra-pelviennes ont été rencontrées sur tous les points du bassin. Broca en a signalé sur la face postérieure du sacrum, d'autre part Rodgers, Cooper, Regnoli et Duplay ont décrit et opéré des exostoses siégeant sur la face antérieure du corps et des branches du pubis. Virchow a signalé la fréquence de ces tumeurs sur le bord antérieur de l'ischion chez les cavaliers. Godin a montré, en 1837, à la Société d'anatomie une exostose qui prenait naissance sur l'épine iliaque antéro-supérieure, Velpeau a rapporté 4 cas et Cruveilhier un cas d'exostose ostéogénique siégeant immédiatement en dehors de la crête iliaque. Peau a signalé un cas analogue. Voici, d'ailleurs, ce que ce même auteur dit au sujet de la localisation des exostoses extra-pelviennes.

« On rencontre dans le bassin toutes les variétés d'exostoses. Ces tumeurs peuvent occuper tous les points du squelette mais c'est le sacrum qu'elles atteignent de préférence, sans doute à cause de

sa vascularisation dont la richesse n'a d'égale que celle des autres vertèbres. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, le pubis et l'ischion. »

Il ressort donc des travaux de ces auteurs que l'ischion est le siège le moins fréquent des exostoses extra-pelviennes.

De nombre très variable, ces exostoses peuvent être uniques ; mais plus souvent elles sont multiples. Elles coïncident, dans ce dernier cas, avec l'existence d'autres tumeurs de même nature sur la plupart des os des membres. De plus, ces exostoses multiples sont souvent symétriques. Un enfant de 10 ans, observé par Eberth, portait soixante-cinq exostoses dont une dizaine siégeaient sur les os du bassin, surtout à l'intérieur, de telle sorte que chacun des os primitifs de l'os iliaque en présentait dans toute son étendue. Sur une femme morte de péritonite à la suite d'un accouchement, Kormann trouva le bassin hérissé d'exostoses siégeant autour de la cavité cotyloïde, sur la symphyse pubienne, les crêtes iliaques, les tubérosités des ischions, au pourtour des trous ovalaires etc., une seule faisait saillie dans l'excavation pelvienne.

Le volume de ces exostoses extra-pelviennes est des plus variables. Les plus grosses sont considérées comme devant produire les troubles les plus graves. Cela est vrai dans la majorité des cas. On a vu, cependant, de grosses exostoses donner une symptomatologie très fruste tandis qu'une petite exostose de l'ischion comme celle du malade de M. Auvray

déterminait des troubles marqués du côté du nerf sciatique.

La forme également est variable. Ces productions dit Cruveilhier, sont tantôt des saillies en forme d'apophyse styloïde, à base large, à direction rectiligne ; tantôt des prolongements unciformes, tantôt enfin des monticules, des tubercules, des mamelons multiples.

Ces tumeurs amènent des modifications des organes voisins variables avec leur direction, leur volume et leur forme. Ces troubles sont moins marqués que dans le cas d'exostoses endopelviennes qui amènent des modifications graves dans la situation des viscères du bassin. Cependant, on peut noter de la gêne dans les mouvements de l'articulation coxo-fémorale, des compressions nerveuses et vasculaires ; le sciatique était irrité chez le malade de M. Auvray ; l'artère obturatrice était comprimée chez un malade observé par Rodgers. Enfin, dans certains cas, les parties molles sont distendues et amincies. Les faisceaux musculaires peuvent être altérés ou tout au moins dissociés. Il en résulte souvent une impotence fonctionnelle du muscle atteint.

Le diagnostic des exostoses situées sur la face externe des ischions et des points voisins de l'os coxal n'offre de difficulté que pour les exostoses qui se dirigent dans la profondeur des muscles, lorsque l'épaisse couche musculaire des fessiers ne permet pas d'apprécier nettement leurs caractères. Aussi est-il presque impossible, dans ce cas, de les recon-

naître à leur début. Si, plus tard, elles acquièrent un volume suffisant pour apparaître à l'extérieur, elles peuvent être confondues avec toutes les tumeurs solides de la hanche et de la fesse.

Les tumeurs solides qui peuvent simuler les exostoses proviennent des muscles ou des os.

Parmi les premières, nous n'avons à mentionner que l'ossification des muscles. L'ossification des muscles fessiers, malgré son caractère de dureté, sera reconnue à la dissémination des noyaux et des aiguilles osseuses séparées par des portions plus molles et surtout à leur mobilité pendant les contractions musculaires. On recherchera de même l'ossification du demi-tendineux, demi-membraneux et du biceps en faisant contracter ces muscles.

Parmi les tumeurs des os, il en est qui ne proviennent pas du bassin. D'autres, au contraire, lui appartiennent. Les premières peuvent naître du fémur et envahir la gouttière ischio-trochantérienne. Ce sont des enchondromes, des ostéosarcomes ou des exostoses qui seront reconnus aux caractères qui appartiennent à chacun d'eux et qui se distingueront des tumeurs osseuses de la face interne du bassin par leur mobilité pendant les mouvements imprimés à la cuisse.

Lorsque l'on s'est assuré du siège extra-pelvien de la tumeur, il faut s'assurer que l'on est bien en présence d'une exostose. A la fesse, une tumeur peut, en premier lieu, la simuler, c'est l'ostéosarcome. On reconnaîtra l'ostéosarcome à ses caractères propres.

Il acquiert d'ailleurs généralement un volume tel qu'en dehors de tout autre signe le diagnostic avec l'exostose ne se pose plus. « Le volume d'une exostose, dit Mauclore, ne dépasse pas celui du poing. Donc, à partir du moment où cette tumeur acquiert un volume plus considérable, il y aura de fortes chances qu'il ne s'agisse plus d'une exostose. »

L'enchondrome, bien que peu fréquent, a été signalé par Dolbeau sur l'ischion. Havage dans sa thèse, en 1882, en a reproduit plusieurs observations. L'enchondrome présente de nombreux points de similitude avec l'exostose pendant sa première période de crudité (Muller), c'est-à-dire tant qu'il est caractérisé anatomiquement par la production de tissu cartilagineux sans vascularisation notable. Dans sa seconde période ou période de ramollissement, quand apparaissent à la surface de la tumeur les bosselures élastiques plus ou moins molles, c'est au contraire, à l'ostéosarcome que l'enchondrome ressemble le plus par ses caractères physiques. Pour faire le diagnostic entre une exostose et un enchondrome, la radiographie sert d'une aide puissante. Dans la radiographie de l'exostose, on voit sur le cliché une masse arrondie présentant des alternatives de zones claires et de zones sombres, comme si on y voyait des travées osseuses, ce qui est particulièrement caractéristique c'est que cette masse est nettement circonscrite comme par une coque après laquelle il n'y a plus trace de tumeur. Du côté de l'enchondrome, les choses sont toutes différentes.

On aperçoit quelque chose de flou, formé de parties grisâtres et de parties un peu plus foncées, tranchant très peu les unes sur les autres, s'étendant sans qu'on lui puisse assigner de limite précise, envoyant à droite et à gauche des prolongements.

La radiographie sera également d'un grand secours pour déterminer le siège exact de l'exostose. Cette détermination est, cliniquement, souvent difficile, quelquefois impossible. Il semblerait que le siège intra ou extra pelvien de la tumeur ne puisse jamais faire de doute dans l'esprit du clinicien. Si cela est vrai dans la presque totalité des cas, il existe cependant des observations d'exostoses de la face interne des branches ischio-pubiennes qui viennent faire bomber le périnée à la façon d'une exostose extra-pelvienne.

Le diagnostic exact du siège de l'exostose a un véritable intérêt pratique, puisqu'il permet au chirurgien de se renseigner sur la difficulté que présentera l'ablation de la tumeur, celle-ci étant d'autant plus facile à enlever qu'elle est plus accessible et qu'elle s'implante sur l'os par un pédicule plus distinct.

Le diagnostic d'exostose étant posé, il faudra comme pour les exostoses endo-pelviennes en rechercher la cause. Ce diagnostic étiologique n'est pas une simple satisfaction de l'esprit ; il présente au contraire un grand intérêt au point de vue thérapeutique. Nous avons vu, en effet, que certaines exostoses d'origine syphilitique, sont susceptibles de

diminuer, voire même de disparaître sous l'influence d'un traitement spécifique. Il faudra donc par la recherche des stigmates de spécificité, par l'interrogatoire du malade et par une réaction de Wassermann s'assurer que l'on n'est pas en présence d'une exostose syphilitique avant de pratiquer une intervention chirurgicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Observation recueillie à l'Hôpital Laënnec,
dans le service de M. Auvray).

Jules P..., âgé de 23 ans, exerçant la profession de garçon de magasin, entre le 5 novembre à l'Hôpital Laënnec pour des douleurs spontanées qu'il localise à la partie postérieure et supérieure de la cuisse et à la région fessière droite. Ces douleurs sont plus accusées dans la station debout et la marche.

Le malade fait remonter le début de ses troubles à l'année 1919. A cette époque, il fit une chute. Il tomba d'un train en marche sur la région fessière droite, la jambe en flexion. Il ressentit à ce moment une vive douleur au niveau de sa fesse droite. Il put néanmoins se relever et continua même son travail. La douleur dura deux ou trois jours.

Quelques mois après des douleurs réapparaissent au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne. Ces douleurs que le malade compare à des coups d'aiguille, surviennent pendant la marche et obligent le malade à s'arrêter de temps en temps ; mais jamais, à cette époque, elles ne le forcent à quitter son travail. Depuis lors elles ont persisté et sont allées en s'accroissant pour devenir particulièrement inten-

ses, en 1923, au cours du service militaire du malade. Après les marches elles prenaient plus d'acuité et de persistance, irradiant dans tout le membre, empêchant le sommeil mais se calmant par le repos prolongé. Depuis cette époque, le malade ne cesse de souffrir et d'être gêné par ces douleurs dans sa profession de garçon de magasin. Le 24 octobre 1926, il se fait admettre à l'Hôtel-Dieu où une radiographie est faite et montre, d'après le malade, une exostose dont il ne sait dire le siège. Le 30 octobre il sort de l'Hôtel-Dieu et entre à Laënnec.

Examen. — A l'inspection le membre inférieur droit paraît normal.

Par pression au niveau de la ligne ischio-trochantérienne, on provoque de la douleur, de même à la face postérieure de la cuisse. La pression au niveau de la tête et au niveau du col du péroné n'est pas douloureuse. Le signe de Lasèque est positif.

On ne trouve, par la palpation profonde, aucune saillie anormale ni sur le fémur ni sur l'ischion. La pression au niveau de l'articulation sacro-iliaque n'est pas douloureuse. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. Mais la pression, au niveau de l'ischion, sur la branche ascendante, est douloureuse.

L'examen général du malade ne révèle rien d'anormal. Pas d'exostoses apparentes sur le reste du squelette. Une radiographie du fémur ne montre pas d'exostoses.

Les réflexes ne paraissent pas modifiés. Pas de stigmates de syphilis.

Les antécédents personnels du malade ne présentent rien de particulier.

Les antécédents héréditaires ne révèlent pas dans sa famille de porteur d'exostoses.

Le Wassermann et le Hecht dans le sang se montrent négatifs.

Une radiographie faite le 8 novembre permet de déceler une exostose en forme de canine de la grosseur d'une noisette siégeant sur la face externe de la branche ascendante de l'ischion.

Le malade est opéré par M. Auvray le 12 novembre sans anesthésie rachidienne, Incision postérieure verticale. On passe à travers le grand fessier. Le grand nerf sciatique est recliné. On trouve sur l'exostose une bourse séreuse contenant du liquide clair. Ablation de l'exostose à la gouge. Fermeture et drainage.

Les suites opératoires sont normales et le malade quitte l'hôpital le 24 novembre ne ressentant plus aucune douleur à la marche.

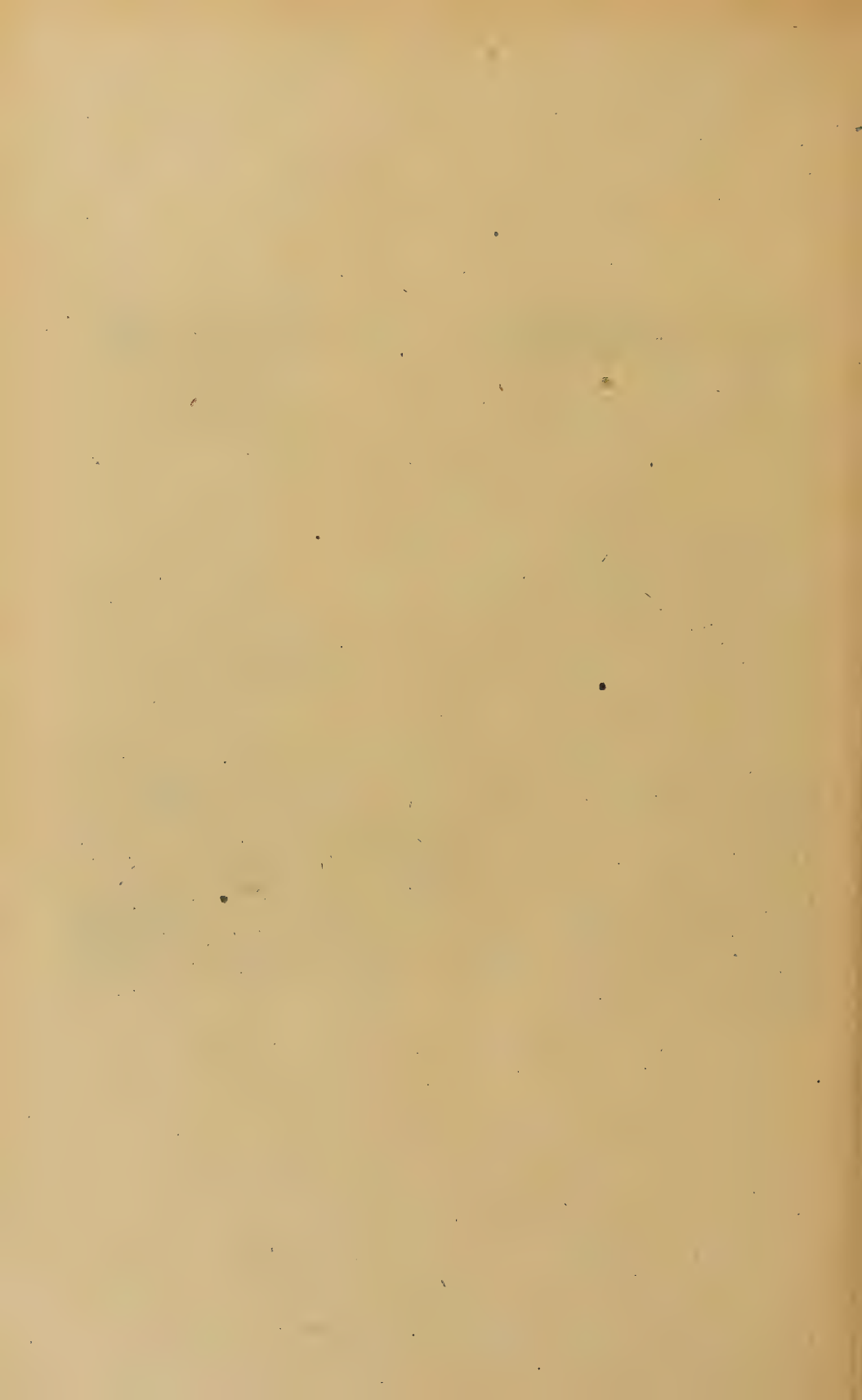
On se trouve donc chez ce malade en présence d'une sciatique symptomatique d'une exostose de la branche ascendante de l'ischion.

L'ensemble des symptômes qu'il accuse permet de porter sans difficulté le diagnostic de névralgie sciatique.

Le siège de la douleur est caractéristique. Elle siège à la région fessière, à la face postérieure de la cuisse. On le précise par la recherche des points douloureux décrits par Valleix. On détermine, en effet, de la douleur par la pression en arrière du grand trochanter, au niveau des points fémoraux,



Radiographie d'une exostose de la face externe de l'ischion (coté droit)
Service de M. le Professeur agrégé Auvray — Hôpital Laënnec,



en suivant, en un mot, le trajet du sciatique. Cette douleur, cependant, ne descend pas à la jambe. On ne la provoque plus par la pression au niveau de la tête du péroné. Enfin, le signe de Lasèque existe.

Cette sciatique se présente bien comme une sciatique tronculaire. Elle n'a pas, en effet, les signes d'une radiculite. Pas d'exacerbation des douleurs pendant la toux ou l'éternuement. Il n'est pas signalé, par le malade, d'engourdissement, de fourmillement, de sensation de froid ou de chaud dans le territoire du sciatique.

Le diagnostic de la cause présente cliniquement plus de difficulté. La notion de traumatisme au début de l'affection oriente de suite vers une sciatique symptomatique d'une lésion de la région fessière droite. La radiographie précise le siège et la nature de la tumeur et permet de reconnaître une exostose de l'ischion.

Ces exostoses profondes et petites n'ont, en effet, comme nous l'avons montré, d'autres symptômes que la gêne fonctionnelle qu'elles déterminent, et la radiographie seule permet de les déceler.

Cette exostose est solitaire. Le malade n'a pas dans sa famille de porteurs d'exostoses. Elle siège en un point où ces tumeurs se développent rarement. Lorsque dans la variété ostéogénique il se trouve des exostoses localisées à l'ischion, elles sont accompagnées d'un grand nombre d'autres tumeurs sur les os longs et sur les points du bassin où se rencontrent plus fréquemment des tumeurs de ce

genre. On ne peut donc ranger l'exostose de ce malade dans la variété ostéogénique. L'absence de signes de spécificité ne permet pas de penser à une exostose syphilitique. Le Wassermann s'est montré négatif. La notion d'un traumatisme violent, avant l'apparition de la tumeur, permet de porter le diagnostic d'exostose traumatique non ostéogénique.

Par quel mécanisme le traumatisme a-t-il produit cette lésion osseuse ? Y a-t-il eu arrachement d'une parcelle de périoste par contraction musculaire brusque ou bien simple lésion du périoste par écrasement direct ? Il nous paraît difficile de connaître le mécanisme intime de cette lésion. Tel n'est pas d'ailleurs le but de ce modeste travail. Désireux de nous borner à un simple exposé de faits, nous rappellerons maintenant les rapports anatomiques qui existent entre la branche ascendante de l'ischion et le nerf sciatique et nous verrons ainsi comment une exostose de cette région de l'os coxal a pu déterminer une irritation de ce tronc nerveux.

Le nerf grand sciatique sort du bassin par la partie inférieure de la grande échancrure sciatique, au-dessous du pyramidal, un peu en dehors des deux artères honteuse interne et ischiatique. Il repose tout d'abord sur l'épine sciatique puis cheminant dans la couche cellulo-adipeuse sous fessière et recouvert seulement par le grand fessier et la peau, le nerf descend à la région postérieure de la cuisse en suivant la gouttière ischio-trochantérienne ; une incision faite au niveau même de cette

gouttière (ou si l'on préfère suivant une ligne menée d'un point situé à deux centimètres environ en dehors du bord externe de la tubérosité ischiatique au milieu du pli du jarret) le met facilement à découvert.

On comprend donc aisément qu'une exostose se détachant de la partie externe de la branche ascendante de l'ischion, se dirigeant en dehors et en haut dans la gouttière ischio-trochantérienne puisse irriter le nerf sciatique.

La bourse séreuse qui coiffait l'exostose en augmentait encore la longueur. Il y a d'ailleurs tout lieu de penser que cette bourse séreuse, par suite des frottements répétés pendant la marche, était le siège d'un hygroma séreux ayant déterminé, outre une légère douleur au niveau de la bourse séreuse elle-même, un certain degré d'inflammation dans les tissus environnant avec répercussion sur le sciatique.

Les auteurs signalent, en effet, que l'on peut voir ces hygromas séreux au niveau des bourses séreuses accidentelles (port d'appareils prothétiques, chez les cordonniers etc.) et qu'à la surface des saillies osseuses anormales, des exostoses en particulier, il est fréquent d'observer des bourses séreuses chroniquement enflammées. Il y a tout lieu de penser que cela s'est produit chez le malade de M. Auvray.

Une exostose qui pointe vers le nerf sciatique, une bourse séreuse siège d'un hygroma déterminant

autour de ce nerf une zone de tissus légèrement enflammés, telles sont les deux causes qui se sont surajoutées chez ce malade pour déterminer une névralgie sciatique.

En présence de cette observation nous avons recherché dans la littérature médicale des faits analogues. Nous n'avons pas rencontré d'exostoses de l'ischion symptomatique d'une sciatique.

Les tumeurs de l'ischion déterminant des troubles du côté du nerf sciatique sont fréquentes mais ces tumeurs sont des ostéosarcomes ou des enchondromes. Péau, Gillette en ont cité des cas dans leurs leçons cliniques sur les tumeurs des os du bassin. Reubsaët, dans sa thèse inaugurale, en a relevé quelques observations. On peut également constater d'après les nombreuses observations de tumeurs du bassin publiées par cet auteur, que l'ischion est, parmi les os du bassin, le siège fréquent de l'ostéosarcome ou de l'enchondrome alors qu'il est la localisation la plus rare des exostoses parmi les os du bassin. Comme l'ischion est l'os du bassin qui est le plus en rapport avec le nerf sciatique ceci explique la rareté de la sciatique comme complication des exostoses de l'ischion en regard de sa fréquence comme complication des ostéosarcomes.

Parmi les autres cas d'exostoses que nous avons rencontrés, les uns n'ont pas de symptômes propres et sont des découvertes fortuites de radiographie ou d'examen clinique. D'autres ont déterminé des troubles chez les malades qui en sont porteurs.

Leur siège est endo-pelvien ou extra-pelvien. On les rencontre sur le corps de l'ischion ou sur la branche ischio-pubienne.

Deuxième cas. — Péan signale des exostoses observées par Virchow sur le corps de l'ischion.

« ... Virchow a signalé la fréquence de ces tumeurs (exostoses) sur le bord antérieur des ischions des cavaliers... (Péan, *Leçons de cliniques chirurgicales ; Leçon sur les exostoses du bassin, année 1883-1884*),

« ... Ce que l'on sait c'est que ces exostoses professionnelles, coniques, aplaties se rencontrent chez les cavaliers... (Péan, *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, tome II*). »

Troisième cas. — Kormann (d'après Gillette. *Cliniques chirurgicales*).

« ... Sur une femme morte de péritonite à la suite d'un accouchement, Kormann trouva le bassin hérissé d'exostoses siégeant autour de la cavité cotyloïde, sur la symphyse pubienne, les crêtes iliaques, les *tubérosités des ischions* au pourtour des trous ovalaires etc... Une seule faisait saillie dans l'excavation pelvienne... »

Quatrième cas. — MM. Launois et Tremollières ont présenté à la Société médicale des hôpitaux, en 1905 (séance du 21 juillet), l'observation d'un malade porteur d'exostoses ostéogéniques multiples dont plusieurs sur l'ischion. Nous ne citons de cette obser-

vation que les passages qui intéressent notre étude.

Observation. — « P... typographe, 35 ans entre, à Tenon, salle Gérando au mois de mai dernier..... Dès sa plus tendre enfance on s'aperçut de la présence d'exostoses au niveau du cou-de-pied gauche qui s'accusèrent avec la croissance. Vers 15 ans, P... se met à boiter ; à la tête de son fémur gauche se développa une tumeur volumineuse. Vers l'âge de 20 ans, toutes les exostoses étaient constituées et depuis, certaines se sont accrues..... (suit une description de la topographie des exostoses)..... »

... Les crêtes iliaques sont mamelonnées ainsi que le sacrum, le coccyx et les *ischions*. Le bassin est asymétrique il est aplati à droite... »

Cinquième cas. — Nous avons également relevé des exostoses de l'ischion dans l'observation d'un malade publiée par M. Lenormant dans la *Revue d'Orthopédie* en 1905.

Observation. — Garçon de 20 ans, né de parents sains. Il n'y a pas d'exostoses dans la famille. Aucun signe de syphilis héréditaire ou acquise. A l'âge de 8 ans, le malade a eu une maladie longue et grave, probablement une fièvre typhoïde, et c'est au moment de sa convalescence qu'il constata, pour la première fois, l'existence de nodosités dures et indolentes siégeant sur plusieurs côtes. Après s'être accrues progressivement jusqu'à atteindre le volume d'une bille, ces exostoses ont ensuite diminué et il n'en reste plus trace aujourd'hui.

Les exostoses des membres se sont développées plus tard peu à peu sans que le malade y ait fait grande attention : elles ont toujours été indolentes. Il a fallu que l'une d'elles devint gênante par son siège et son volume pour que le malade vînt à l'hôpital. Il désire, en effet, être débarrassé d'une tumeur osseuse du volume d'une grosse noix, dont l'apparition daterait de huit ans et qui siège à l'extrémité antérieure du premier métatarsien gauche... (suit l'examen systématique du squelette)..... Le bassin offre vers sa partie antérieure, au-dessous de la crête iliaque droite, une volumineuse exostose ; la tubérosité postérieure de l'os iliaque est très développée de chaque côté ; le toucher rectal permet de reconnaître des inégalités sur le pourtour des échancrures sciatiques, surtout à droite, et à la face interne des *ischions*..... »

Sixième cas. — Plus intéressante est l'observation citée par Gilette dans une clinique en 1877. Il s'agit d'une exostose de la branche ischio-pubienne, observée par Duplay et donnant lieu à des troubles fonctionnels importants.

Observation. — Exostose ischio-pubienne, non asymétrique observée dans le service de Duplay, à Saint-Antoine, et étudiée par Gilette dans une clinique en 1877. — Il s'agissait d'un garçon de magasin de 37 ans, bien portant, ne se trouvant sous la dépendance d'aucun vice diathésique et qui avait vu débiter, il y a environ deux années, sans cause connue, sans influence locale, et sans traumatisme antérieur, une tumeur sur le pubis du côté droit. Elle acquit tout d'abord les dimensions et la forme d'une grosse

noisette très dure et immobile sur le squelette sous-jacent. Peu à peu elle augmente de volume et, au moment où nous en fîmes l'examen, elle avait les dimensions d'un gros œuf, dont la partie libre était comme élargie et présentait plusieurs bosselures irrégulièrement arrondies ; sa dureté était celle de l'os et elle était absolument fixe, implantée solidement sur le bassin au niveau de l'épine pubienne à l'union de la branche ascendante de l'ischion et de la branche descendante du pubis.

Indolente dans les premiers temps, cette tumeur avait fini par occasionner chez le malade des douleurs dont le siège précis avait un caractère assez vague, mais qui irradiaient cependant sous forme intermittente et névralgique (probablement par compression de quelques branches des nerfs du plexus sacré), dans le scrotum du côté du cordon et du testicule, dans la cavité pelvienne et du côté de la fesse correspondante. M. Duplay ne crut pas devoir refuser au malade l'opération que ce dernier réclamait. Non seulement à cause de troubles de voisinage qu'elle avait déterminés, mais parce que cette tumeur, en raison de son siège, pouvait, en augmentant de volume, englober, ou tout au moins comprimer le canal de l'urèthre et nécessiter plus tard une opération beaucoup plus grave par elle-même et surtout pour l'appareil génito-urinaire.

Ayant averti préalablement le malade du danger auquel l'exposait l'ablation de cette exostose, il l'enleva sans difficulté à l'aide de la gouge et du ciseau, après avoir incisé les téguments et une partie du droit interne et du muscle premier adducteur qui recouvrait la masse osseuse ; elle était légèrement étranglée à sa base et ses bosselures, parfaite-

ment arrondies, de grosseur différente et séparées par des sillons plus ou moins profonds, étaient lisses et recouvertes par un revêtement blanchâtre élastique, paraissant de nature cartilagineuse et annonçant que le produit morbide, loin d'être arrivé à une période stationnaire aurait, subi sans doute, ultérieurement, un accroissement de volume, ce qui justifiait l'opportunité de l'opération.

Les troubles locaux et généraux auxquels donna lieu la suppuration de la plaie, furent assez graves ; il ne survint pas cependant de complication bien marquée du côté de la cavité abdominale, et, un mois après l'opération, le foyer suppuratif, entretenu encore par une nécrose partielle correspondant au point de section du pédicule, commençait à se rétrécir, le malade reprenait des forces, et tout faisait espérer une guérison prochaine.

Septième et huitième cas. — Les exostoses de l'ischion causes de dystocies sont rares. Dans une statistique due à Stadfeldt et portant sur huit cas d'exostoses endopelviennes, causes de dystocie, deux cas seulement sont des exostoses de l'ischion.

Le premier cas est observé par Bidfort. On dut pratiquer une césarienne. Mort de l'enfant et de la mère.

Le deuxième cas fut observé par Marinus. Craniotomie. Mère vivante.

Dans vingt cas d'exostoses du bassin ayant amené des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement cités par Péan dans son traité de diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen

et du bassin, il n'est pas cité d'exostoses de l'ischion. De même, dans la thèse de Reubsaët (Thèse de Paris, 1909) sur « les vraies et fausses exostoses ostéogéniques multiples » qui cite quatre cas d'exostoses du bassin causes de dystocie, on ne trouve pas d'exostose de l'ischion.

Nous ne prétendons pas avoir relevé dans la littérature médicale tous les cas d'exostoses de l'ischion décrits jusqu'à ce jour. Nous pensons néanmoins, devant la difficulté que nous avons eu à grouper les quelques cas cités dans cette étude, que les observations de ces exostoses sont en très petit nombre, tant pour les exostoses de la face interne que de la face externe de l'ischion.

Si quelques-unes d'entre elles n'ont pas d'histoire clinique, d'autres sont, par contre, le point de départ de troubles importants de compression. Aussi faut-il ne pas méconnaître ces tumeurs lorsqu'elles existent, afin de leur appliquer la thérapeutique appropriée. Si l'on ne fait pas le diagnostic étiologique dans le cas d'une sciatique symptomatique d'une exostose, on laissera souffrir indéfiniment un malade qui peut être guéri par l'ablation de la tumeur. Cette cause de sciatique est rare, aussi méritait-elle d'être signalée.

CONCLUSION

1° L'ischion est un siège peu fréquent d'exostoses, tant sur sa face endopelvienne que sur sa face extrapelvienne. Il est parmi les os du bassin celui qui donne le plus rarement naissance aux exostoses ;

2° Les exostoses que l'on y rencontre sont ou ostéogéniques ou non ostéogéniques. Ces dernières ont souvent le traumatisme pour cause ;

3° Ces exostoses peuvent être, comme sur les autres points du squelette, coiffées d'une bourse séreuse. Cette bourse séreuse peut être le siège d'une bursite par suite des frottements répétés, causés par la marche ;

4° Une exostose de la face externe de l'ischion peut déterminer, par irritation du nerf, une névralgie sciatique. Cette sciatique peut être provoquée par la bourse séreuse coiffant l'exostose, cette bourse séreuse étant généralement le siège d'un hygroma qui détermine, par suite de l'inflammation des tissus environnants, une irritation du nerf sciatique. Cette exostose est justiciable d'une interven-

tion chirurgicale comme le montre l'observation inédite de M. le Professeur agrégé Auvray, point de départ de cette étude.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Duplay et Reclus.* — Traité de Chirurgie.
- Gilette.* — Cliniques chirurgicales.
- Havage.* — Etude clinique sur les tumeurs des os du bassin et sur l'ostéosarcome en particulier. Thèse de Paris, 1881.
- Laburthe-Tolra.* — Contribution à l'étude des enchondromes associés aux exostoses ostéogéniques. Thèse de Paris, 1921.
- Launois et Tremolières.* — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 11 juillet 1905.
- Lardennois et Nathan.* — Sur la pathogénie des dyschondroplasies exostosogéniques (Exostoses ostéogéniques multiples) (Bulletin de l'Académie de Médecine, 5 juillet 1921).
- Lecène.* — Précis de Pathologie chirurgicale.
- Maucclair.* — Traité de Chirurgie (Le Dentu et Delbet).
- Poncet.* — Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus).
- Péan.* — Leçons de clinique chirurgicale, année 1883-1884.
- Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.
- Proust.* — Précis de Pathologie chirurgicale.
- Reubsaët.* — Essai sur les vraies et fausses exostoses ostéogéniques multiples. Thèse de Paris, 1909.
- Soulier.* — Exostoses de croissance et cartilage de conjugaison; Thèse de Paris, 1854.

Stadfeldt. — Obst. Journ. of great Britain and Ireland on labour obstructed by pelvie tumour, 1880.

Tillaux. — Tumeur périostique de l'ischion (*Tribune médicale*, 1896).

— *Traité d'anatomie topographique.*

